UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 82

RECIDIVE DES ACCIDENTS DE LA GROSSESSE TUBAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1936

PAR

ELISE GARÈS

MEMBRES DU JURY	MM. MERIEL	*Président.*
	ARGAUD	*Assesseurs*
	LEFEBVRE	
	SOREL R.	
	SENDRAIL	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1936 N° 82

RECIDIVE DES ACCIDENTS DE LA GROSSESSE TUBAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1936

PAR

ELISE GARÈS

MEMBRES DU JURY	MM. MERIEL		*Président.*
	ARGAUD		
	LEFEBVRE		*Assesseurs.*
	SOREL R.		
	SENDRAIL		*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	BARDIER
Assesseur		DAMBRIN
Doyen Honoraire		ABELOUS
Professeurs Honoraires		SAINT-ANGE BEZY. MARIE. MOREL TAPIE AUDEBERT ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.)
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive		LAFFORGUE
Médecine légale		SOREL E.
Clinique médicale		DALOUS LAPORTE
Clinique chirurgicale et gynégologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du Cancer		DUCUING.
Clinique des voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIÉ
Anatomie		CLERMONT.
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS
Clinique des mal. cutanées et syphil.		NANTA
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM	GARIPUY.
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIÉ
Cryptogamie		MARTIN-SANS
Zoologie		VALLOIS
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD
Chimie organique		BRUSTIER
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS
Microbiologie		DELAS
Chargé du cours d'otorhinolaryngologie		CALVET.
Parasitologie		N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Physiologie		DELAS.
Médecine		SENDRAIL. SOREL (Raymond) MOREL L. ANDRIEU. MÉRIEL P.
Chirurgie		LEFEBVRE BOULARAN. FABRE P.
Obstétrique		GUILHEM
Pharmacie		FLORENCE
Physique médicale		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		RENARD

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 17 mai 1890)

A MA MERE ET A MON PERE

En témoignage de ma grande affection.

A MES FRERES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. MERIEL

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique à la Faculté
Chirurgien en chef des Hôpitaux
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage respectueux de gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre soutenance de thèse.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARGAUD

Professeur d'Histologie à la Faculté

Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé LEFEBVRE

Croix de guerre

Membre correspondant national de l'Académie de Chirurgie.

A qui nous devons le sujet de notre travail inaugural.

En témoignage de reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé R. SOREL

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé M. SENDRAIL

A Monsieur le Docteur Georges RIEUNAU

Ancien Interne des Hôpitaux

Chef de Clinique Chirurgicale et Gynécologique à la Faculté

Avec nos remerciements pour ses conseils.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

Introduction

La grossesse ectopique, dont la fréquence croît avec les années, en raison de la précision toujours plus grande de son diagnostic et de la connaissance toujours plus approfondie de ses manifestations cliniques, comporte une inconnue, dont l'importance est indiscutable, tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue thérapeutique : c'est son étiologie.

Ce problème si souvent abordé et si souvent discuté depuis le début de la chirurgie gynécologique, trouve son expression la plus caractérisée dans l'existence des grossesses ectopiques récidivantes ou bilatérales.

Il est apparu à notre Maître, M. le Professeur agrégé Lefebvre, que ce problème méritait d'être étudié dans son ensemble et nous l'avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous nous sommes bornée dans ce travail à des considérations concernant l'étiologie et la pathogénie de la grossesse ectopique en général et des grossesses récidivantes et bilatérales en particulier, tenant pour acquise la notion fondamentale de leur fréquence, de leur individualité clinique bien connue.

Enfin, ce problème étiologique comporte un corollaire thérapeutique car, en présence d'une grossesse ectopique et dans la crainte d'une récidive, nous appa-

rait tout l'intérêt des indications opératoires et de la chirurgie conservatrice des annexes et de l'utérus.

Dans notre travail inaugural, nous étudierons successivement :

Chapitre I. — *Anatomie pathologique.*
— II. — *Histologie.*
— III. — *Etiologie.*
— IV. — *Problème thérapeutique.*
— V. — *Observations.*

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Les grossesses ectopiques récidivantes se présentent, au point de vue anatomo-pathologique, avec des caractères qui les différencient assez peu de la grossesse ectopique initiale.

On rencontre, tant en ce qui concerne l'examen de la pièce opératoire que l'étude de son histologie, des lésions qui n'ont rien de spécifique. Et cependant, il semble que l'anatomie pathologique devrait nous être d'un précieux secours pour l'interprétation étiologique. En réalité, c'est bien dans cet esprit qu'il convient d'étudier l'anatomie pathologique des grossesses ectopiques récidivantes, puisque les données pathogéniques les plus récentes font jouer un rôle fondamental aux lésions préexistantes de la muqueuse tubaire. Les endométrioses ont été invoquées avec insistance par la plupart des auteurs et nous verrons tout le parti que l'on peut tirer de leur étude histologique. Quoi qu'il en soit, nous envisagerons l'anatomie pathologique des grossesses ectopiques récidivantes sous deux aspects principaux.

ETUDE MACROSCOPIQUE

Ici, il convient d'opposer les lésions anatomo-pathologiques observées sur la trompe sain ou présumée saine, qui est le siège de la grossesse ectopique récidivante, et les lésions du moignon tubaire sur lequel se développe la récidive.

Dans le premier cas, l'aspect macroscopique est celui, banal, d'une grossesse ectopique; dans le second cas, les lésions adhérentielles, cicatricielles ou de périviscérite péri-tubaire sont au premier rang.

1° Grossesse ectopique récidivante sur trompe présumée saine.

Le siège de la nidation ovulaire est essentiellement variable. La grossesse ectopique peut être interstitielle, tubaire, ovarique ou abdominale.

L'ordre de fréquence donné par les différents auteurs est assez concordant. Il y aurait une prédominance marquée pour les grossesses tubaires proprement dites et, en particulier, l'isthme de Barkow serait le siège de prédilection. Nous ne ferons que citer la statistique de Wiégand (1920) qui a observé 117 grossesses isthmiques, 59 grossesses ampullaires, 4 grossesses intertitielles, 4 grossesses ovariennes, 3 grossesses abdominales.

Bisono (1931) donne une statistique de 63 observations avec 41 grossesses ampullaires, soit 64 %; 21 grossesses isthmiques, soit 33 %; 1 grossesse interstitielle, soit 2 %.

Smith (1911), sur 2.998 cas de grossesse extra-utérine, a pu relever 11 cas de grossesses dans le moignon de la trompe enlevée.

Hartmann et Bergeret (1919), sur 186 cas, ont observé 119 grossesses ampullaires, 24 grossesses isthmiques.

Particulièrement intéressantes à étudier sont les grossesses ectopiques bilatérales.

Nous citerons la thèse de Sauvé (Paris, 1906), la thèse de Filhoulaud (Paris, 1906), le mémoire de Mac Galle, in *Surgery Gynecolgy* (1909), un travail de Vautrin, in *La Gynécologie* (1911), un article de Davinsohn, dans *München Med. Woch* (1912); Cestan en relevait six cas; Jayle et Nandrot, 29 observations (1904).

D'ailleurs, dans la plupart des cas, les grossesses tubaires se sont succédées, plus rarement elles ont évolué simultanément. Citons encore Launay et Séguinot, in *Revue de Chirurgie* (1911). Tilly Gudden a observé une grossesse ectopique bilatérale sur 423 grossesses tubaires.

Enfin, Pool et Robbins ont rapporté, en 1910, vingt-six cas de grossesses tubaires gémellaires; en 1922, Sippel a admis l'existence de 250 cas publiés de grossesse gémellaire ectopique.

Plus curieux encore sont les cas de grossesse tubaire coexistant avec une grossesse normale. Neugebauer (Leipzig, 1907) en a publié 72 cas; Finger (1919) en cite un cas; Sippel (1922), Duponchel (1923), Taubsmann (1923), Auvray (1923), également.

2° Grossesse ectopique récidivante sur cicatrice tubaire.

Cette circonstance est infiniment plus rare que la précédente. En effet, les conditions optima pour la fécondation et pour la nidation ovulaire sont loin d'être réalisées par un moignon tubaire plus ou moins bien péritonisé et adhérent parfois aux organes voisins.

Ce sont surtout des cas isolés qui ont été rapportés de cette curieuse complication. Auvray lui a consacré une étude très documentée dans les *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, en

juillet 1923. Chabrut, plus récemment, a publié un cas de grossesse extra-utérine interstitielle dans un moignon de trompe réséquée. Benzel *(Beitrage z. Gebra. und Gynäkol.,* XVII, 1912) ayant enlevé les deux trompes et l'ovaire gauche au cours d'une opération pour grossesse tubaire, vit, six mois plus tard, une grossesse se développer dans le moignon de la trompe droite.

Dans le cas d'Auvray, il s'agissait d'une femme qui avait été opérée pour un kyste de l'ovaire gauche quelques années auparavant. Elle était venue consulter pour des symptômes de grossesse extra-utérine avec hématocèle. L'opération permit de constater que cette hématocèle existait bien, mais la grossesse extra-utérine s'était développée dans le moignon de la trompe gauche laissé en place au moment de la précédente opération. Celle-ci avait consisté dans l'ablation de l'ovaire gauche kystique et de la moitié externe de la trompe. La ligature placée sur le pédicule du kyste ovarique avait atteint la trompe à peu près vers la partie moyenne, et c'est dans la partie restante de cette trompe que s'était développée la tumeur.

Les travaux principaux sur le même sujet sont ceux de Sigwart, in *Zentralblatt für Gynäk* (1922); Keller, in *La Gynécologie* (1922).

CHAPITRE II

Histologie

ETUDE MICROSCOPIQUE

Nous ne saurions aborder ce chapitre de notre travail inaugural sans dire la part prépondérante qui appartient, dans son élaboration, à notre Maître, M. le Professeur R. Argaud. Les idées développées, les faits énoncés, la forme même, ne sauraient être revendiqués par nous, qui n'avons été que le porte-parole des pensées de notre Maître. Cet aveu est pour nous un témoignage de notre immense gratitude.

Quoique, à proprement parler, il n'existe pas, en général, de formations déciduales uniformément étalées dans la muqueuse tubaire, au cours de la grossesse, les modifications tissulaires sont telles que l'on ne saurait méconnaître l'existence d'une inter-relation histo-physiologique de la plus grande importance. Même au cours de la simple menstruation, une hémorragie se produit sous l'épithélium, les vaisseaux sont hyperémiés et l'on peut observer une transudation de la lymphe.

Au cours de la grossesse, dans les rares cas qui ont été rapportés par Frommel, Giuschen, Hörmann, Schaffer, Handl, Scaglione, Procopio, etc., ces auteurs ont

été amenés à observer des transformations très appréciables, non seulement dans l'épithélium, mais encore dans le chorion de la muqueuse.

D'une façon courante, les franges, les replis de la trompe sont moins accusés, plus divergents, et la paroi salpingienne tout entière est gorgée de lymphe et de sang.

Du côté externe de la paroi, contrairement à ce qui se produit dans l'utérus gravide, on ne trouve guère de changement dans la tunique musculaire. La longueur de la fibre et celle du noyau ne sont pas augmentées (Stieve).

Par conséquent, ni hyperplasie ni macrométrie.

Dans la muqueuse et sous-muqueuse, Handl, Procopio, etc., ont mis en évidence une hyperplasie leucocytaire et, tout autour des vaisseaux sanguins, des manchons périvasculaires de plasmazellen et de cellules réactionnelles, quoiqu'il n'y ait dans la paroi aucune trace d'inflammation, et il n'est pas sans intérêt de rapporter que Stieve a décrit les mêmes modifications dans les parois de l'utérus gravide.

Quant à la transformation de l'épithélium, elle se caractérise par une métaplasie des cellules ciliées en cellules muqueuses. D'ailleurs, cette métaplasie est également observable dans la trompe au cours de la deuxième semaine du cycle menstruel. Les recherches de Novak, de Schaffer, de Tiezé, ont montré que seules les cellules sécrétrices ne seraient pas modifiées, sauf un léger ratatinement et l'arrondissement de l'extrémité apicale de la cellule.

Quant au comportement des cellules déciduales dans le stroma, nous rappelons encore une fois que ces éléments ne sauraient en imposer en général, sauf quelques

exceptions, pour une métaplasie pré-placentaire. Quelques auteurs, avec Handl, Katz, Procopio, n'ont vu qu'assez rarement l'hyperplasie déciduale, et dans les rares cas où ils ont eu à l'observer, ils ont remarqué que cette prolifération n'existait que par intervalles. C'est donc tout à fait exceptionnellement que, dans le salpinx, au cours de la gravidité, on voit la transformation des cellules conjonctives en cellules plus grosses à protoplasma rempli de grains jaune d'or et même lorsque l'œuf a réalisé la nidation dans la trompe, ces transformations de cellules conjonctives en cellules déciduales sont plus discrètes au voisinage du placenta tubaire que, toutes choses égales d'ailleurs, au voisinage du placenta utérin.

Cependant, la lumière de la trompe est obstruée par un bouchon formé de plasma, de cellules desquamées et de leucocytes.

En somme, tout le tractus génital de la femme est profondément modifié au cours d'une grossesse intra-utérine normale.

Chez les rongeurs, les recherches de Tourneux, reprises plus tard par l'école de Bonin-Courrier, en particulier, ont montré que ces modifications de la muqueuse se produisent non seulement au-dessus de l'utérus, mais encore dans le vagin (rythme vaginal).

Argaud a montré *(C. R. Société Biologie,* 1921) que la muqueuse des ovidés (ovis aries en particulier) présente à considérer, au moment de la gravidité, une véritible sécrétion de nucléine : les cellules tubaires perdent leurs cils, s'allongent, les noyaux se divisent et une grande partie de nucléine tombe dans la lumière.

Nous venons de rassembler dans les quelques lignes qui précèdent toute une série de faits qui se trouvent

épars dans la littérature scientifique, dans le dessein de démontrer encore une fois que toute la muqueuse müllérienne subit, quoique à des degrés différents, un profond remaniement anatomique et histologique au cours d'une grossesse normale. La trompe, l'utérus et le vagin ont, en effet, la même origine blastodermique, et il n'est pas étonnant que, sous l'incitation d'un même processus biologique les réactions tissulaires puissent être relativement superposables. C'est une question de plus ou de moins. Dans l'immense majorité des cas, c'est un peu au-dessus de l'extrémité intérieure du canal de Müller, dans la partie qui répond à l'utérus, que s'effectue la gestation. Dans l'immense majorité des cas, l'œuf qui chemine se modifie lentement par diérèses successives jusqu'au moment où sa différenciation sera poussée suffisamment pour une nidation. Mais il peut se faire que la rapidité diérétique soit telle que, alors même que l'œuf se trouve seulement dans la région salpingienne, la nidation soit réalisable. La muqueuse tubaire, en vertu des lois de l'affinité végétative, est apte à la réception du fruit de la conception presque au même titre que la muqueuse utérine.

Une grande loi biologique veut que les éléments tissulaires qui ont réalisé un acte physiologique soient particulièrement aptes à la répétition de l'acte. Ce fait est mis très nettement en évidence dans la vie cellulaire. Qu'un plaste crée une enclave intra-protoplasmique, que l'enclave fasse place à une vacuole, dans un temps plus ou moins éloigné, on trouvera à la même place une nouvelle formation vacuolaire, et c'est ainsi que s'établissent de proche en proche les fameux trajets intracellulaires comparables, chez les protozoaires, au tube digestif des animaux plus complexes. De même, lors-

qu'une nidation s'est produite dans la trompe, lorsqu'une placentation s'est effectuée, la réaction tissulaire vis-à-vis de l'incitation localisée, aura modifié, dans le sens d'une réalisation plus facile de l'acte gravidique, la paroi salpingienne à cet endroit, de sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, elle sera plus apte que les autres parties de la trompe à une nouvelle nidation.

En résumé, tout se passe donc comme si, dans des fragments de tissu ou des portions d'organes anormalement et exceptionnellement amenés à la réalisation d'un acte physiologique inattendu et pour lequel ils n'étaient nullement différenciés, une aptitude spéciale se créait à l'accomplissement de plus en plus facile de cette fonction. (R. Argaud.)

CHAPITRE III

Étiologie

Ce chapitre est le point crucial où se sont affrontées des conceptions extrêmement variées, essayant de donner une explication logique aux grossesses tubaires récidivantes ou bilatérales.

L'âge de la grossesse extra-utérine a été depuis longtemps précisé. Il résulte des statistiques de Jacobs (82 cas), Neugebauer (37 cas) que la fréquence maximum se situe entre 30 et 35 ans. Tilly Gudden, dans sa publication sur les *Gestations ectopiques récidivantes,* estime que, dans 35 % des cas, il s'agit de femmes entre 28 et 35 ans, et 40,4 % entre 18 et 27 ans; il déclare que l'étiologie doit être plus souvent acquise que congénitale.

Jeanneney pense que « c'est entre 28 et 35 ans qu'on rencontre le plus souvent de grossesse extra-utérine bilatérale récidivante ».

Henric, dans sa thèse (Bordeaux, 1933-1934) trouve 13 cas au-dessous de 30 ans, sur 26 observations.

FREQUENCE DES RECIDIVES

AUTEURS	GR. ECT.	GR. RÉC.	%
Tilly Gudden			5,1
Kiel	423	22	5,1
Smith	2.998	122	4
Coth	19	1	5
Braine	30	1	3,3
Hartmann et Bergeret	121	10	8,26
Causse			8
Terrades			20
Schiwowa, Garfunkel, Schapiro			12,3
Leningrad	425	22	5,2
Reiffarscheid	43	2	4,6
Kutner	107	5	4,6
Strauch	92	5	5,4
Rumpel	30	2	6,6
Lejars	63	3	4,7
Mauthuer			11,8
Bamberger	150	6	4
Senbroff	425	22	5,2
Dietrich			4,6
Momigliano	314	16	5
Ufaria Arcieri	685	44	6,4
Dosséna			4,63
TOTAL			144,39

$$\text{Soit : } \frac{144{,}39}{22} = 6{,}5\ \%$$

Nous avons essayé d'établir une classification des causes prédisposantes de la grossesse tubaire récidivante et nous proposons le tableau suivant :

FACTEURS ETIOLOGIQUES

1. *Mécaniques et anatomiques*	Torsion. Brides. Diverticules. Tumeurs.	
2. *Inflammatoires*	Salpingites.....	kystiques. infectieuses. hémorragiques.
3. *Humoraux*	endocrines.....	ovaire. thyroïde, hypophyse.
	sang.	
4. *Nerveuses*	Péristaltisme tubaire.	
5. *Circulatoires*..	Troubles.....	par excès. par défaut.
6. *Congénitaux*...	Utérus.....	bifides. didelphe. cloisonné.
7. *Trophiques ou histologiques*	muqueuse. musculeuse. séreuse. le cil vibratile.	les endométrioses.

1° Facteurs mécaniques.

L'importance attachée aux facteurs mécaniques a décru au fur et à mesure des études plus poussées de la physiologie tubaire et, en particulier, de sa biohistologie.

Le chapitre consacré par Henric dans sa thèse aux causes en rapport avec des faits d'ordre mécanique ou

mécano-pathologique, de nature intra ou extratubaire qui sont jugés effectuer une barrière physique à la progression de l'œuf est à citer en entier.

Plus récemment, Lévy et Isidor ont montré que lorsqu'on fait une série de coupes de trompes saines, gravides ou inflammatoires, la fréquence relative de cavités gemellées, bien distinctes l'une de l'autre, est démontrée.

L'origine de cette anomalie est discutée. Pour les uns, notamment Le Lorier et Durante, elle serait due à un remaniement inflammatoire, donc anomalie acquise.

Pour les autres, elle serait d'origine congénitale. Le canal accessoire est toujours parallèle au canal principal, ainsi que les coupes sériées l'ont démontré, tandis que les diverticules d'origine inflammatoire lui sont perpendiculaires et sont, en plus, entourés de tissu inflammatoire. Quoi qu'il en soit, il semble que les malformations tubaires favorisent, plus souvent qu'on ne le pense, les grossesses ectopiques.

Mac Nalley, sur 12 grossesses tubaires relève 10 cas de malformations. Pour Kleine, aussi, l'influence des passages surnuméraires dans les grossesses ectopiques semble bien apparente. La nidation diverticulaire a été démontrée par Dollbert, Abel, Lecène, Von Francqué et Garkisch.

2° Facteurs inflammatoires.

Nous n'insisterons pas sur l'influence à distance de l'appendicite ou des péri-sigmoïdites, nous bornant à évoquer les lésions endo-salpingiennes.

Villard, Contamin et Regad ont fait remarquer « que les lésions graves de la muqueuse tubaire ne permettraient, pas plus que des lésions graves de métrite, la

fixation de l'œuf. » D'ailleurs, bien souvent l'œuf se greffe sur une muqueuse saine. Cependant, la salpingite est notée dans les antécédents de nombreux cas de grossesses tubaires récidivantes ou bilatérales. Henric a beaucoup insisté sur l'importance de la blennorragie. Selon Falk, la salpingite folliculaire ne serait pas à négliger.

Enfin, en parcourant les travaux des dernières années, traitant de la pathogénie de la grossesse tubaire, on remarque que certains auteurs invoquent fréquemment les remaniements inflammatoires anciens. D'autres pensent que l'œuf ectopique se développe dans une cavité surnuméraire de la trompe. D'autres admettent que les deux causes peuvent être envisagées.

François et Isidor ont opposé les formations endométrioïdes d'origine embryonnaire et les endosalpingioses d'origine inflammatoire, aboutissant à un état commun, favorable à la nidation ovulaire, englobées sous le terme d'endométriose.

3° Facteurs humoraux.

Le rôle des sécrétions internes et du milieu sanguin, pour aussi indubitable qu'il soit, est encore du domaine de l'hypothèse. Il se peut que le milieu sanguin porteur des éléments nutritifs ou des hormones favorables à la gestation ait son mot à dire dans la localisation de l'œuf. Ces facteurs sont trop difficiles à mettre en évidence pour nous arrêter plus longuement.

4° Facteurs nerveux.

L'action du système nerveux se manifeste surtout en ce qui concerne le péristaltisme tubaire. Ce péri-

staltisme, associé à l'action des cils vibratiles, favorise, à l'état physiologique, la progression de l'œuf du pavillon vers l'ostium utérinum. Qu'un spasme intervienne (Neumann) et la progression s'arrête. Disons que ce facteur nerveux qui peut intervenir par le rôle trophique des terminaisons sympathiques, ne saurait être qu'une cause adjuvante et que, le grand premier rôle dans l'ectopie ovulaire est dévolu à l'état histologique de la muqueuse tubaire.

5° Facteurs circulatoires.

La congestion exagérée, aussi bien que l'anémie tubaire, peuvent jouer leur rôle dans le faisceau des causes déterminantes, pas plus que les facteurs nerveux, ils ne sauraient être seuls invoqués.

P. Nisot, de Bruxelles, cité par Henric dans sa thèse, ne déclare-t-il pas : « Toute hypérémie se manifestant au moment où l'œuf est dans la trompe, peut l'empêcher de parvenir dans l'utérus, soit par obstruction de la lumière et jeu défectueux des cils, ou bien le placer dans des conditions excellentes de greffe, pour qu'il ne pousse pas plus loin sa migration. Les causes d'hypérémie ne manquent pas de nos jours. »

6° Facteurs congénitaux.

L'embryogénèse des organes génitaux internes nous explique certaines dispositions anatomiques de l'adulte, favorisant l'arrêt de la migration ovulaire ou sa fixation au niveau des trompes. Ces malformations ayant le double caractère d'être bilatérales et d'affecter un type régional, la récidive d'une grossesse ectopique ayant eu pour origine une malformation de ce genre ne nous étonnera pas.

Dans la série animale, l'utérus, en tant qu'organe de la nidation, n'est jamais aussi parfaitement différencié que chez la femme. Et l'on s'explique qu'un arrêt de développement des canaux de Müller détermine un type anatomique intermédiaire où le développement tubaire a pris le pas sur le développement utérin.

Aussi bien verrons-nous des dispositions anatomiques qui peuvent se classer de la façon suivante (Tourneux) :

A. Anomalies par défaut, absence de l'utérus, état rudimentaire.

L'organe n'existe pas et on en retrouve seulement un vestige insignifiant :

a. L'absence totale de l'utérus était autrefois regardée comme assez fréquente.

Il est déformé; cette anomalie est extrêmement rare. Rossignol fait voir que la plupart des observations considérées comme des cas d'absence totale sont des erreurs qui résultent de ce fait que la recherche de l'utérus rudimentaire, ou des débris qui le représentent, est chose très difficile.

Dans les cas d'absence complète, le rectum et la vessie se touchent et les ligaments ronds se perdent dans le tissu conjonctif. Les ovaires sont ordinairement absents.

D'habitude, l'absence de l'utérus coïncide avec d'autres malformations viscérales : spina bifida énorme, anencéphalie, développement incomplet du cœur, état incompatible avec l'existence. Ces cas ne présentent aucun intérêt du point de vue qui nous occupe.

b. L'utérus rudimentaire n'est pas plus intéressant pour nous car il s'accompagne de malformations régionales, incompatibles avec la fécondation.

B. Anomalies de forme.

A. *Utérus unicorne par atrophie de l'un des canaux de Müller.* Il existe des cas très rares de grossesse ectopique dans la corne rudimentaire;

B. *Utérus double.* Se présente sous trois aspects :

a) *Utérus bicorne* (unicervical ou bicervical) :

Cette anomalie s'accompagne d'un vagin simple ou double, mais avec des organes génitaux externes parfaitement normaux. Il est rare que les deux moitiés de l'utérus soient absolument égales.

Dans les cas d'utérus bicorne, cet organe subit, d'ordinaire, une sorte de rotation sur son axe qui porte la corne gauche en avant.

Quand une grossesse siège dans une corne, l'autre s'hypertrophie. Spiegelberg a signalé un cas de grossesse double, une dans chaque corne.

b) *Utérus biloculaire :*

L'utérus est biloculaire quand il porte une cloison médiane complète ou incomplète, qui divise en deux sa cavité, alors que sa configuration extérieure paraît absolument normale. Cette cloison, parfois perforée de nombreux trous, peut être réduite à de simples brides. Le vagin est simple ou cloisonné. La menstruation, la grossesse évoluent ici comme dans l'utérus bicorne.

c) *Utérus didelphe :*

Il est constitué par deux utérus unicornes juxtaposés.

Quenu et Le Sourd ont distingué :

α) Des utérus didelphes à corps et à cols indépendants ou utérus entièrement indépendants;

β) Des utérus à corps indépendants et à cols accolés;

γ) Utérus fœtal ou infantile.

Le col reste deux ou trois fois plus long que le corps. Le plus souvent, d'ailleurs, ces malades restent stériles.

7° Facteurs trophiques ou histologiques.

Les facteurs congénitaux nous conduisent tout naturellement à la théorie la plus récemment invoquée pour expliquer à la fois et la grossesse extra-utérine, en général, et les grossesses bilatérales ou récidivantes, en particulier.

La nature réalise des arrêts de développement macroscopiques, donnant aux trompes le pas sur l'utérus, au point de vue du développement et de l'aptitude physiologique à la nidation ovulaire. Les recherches histologiques de Villard, Regad et Contamin ont mis en évidence, dans le tissu de la trompe, et tout particulièrement dans la muqueuse, des îlots cellulaires ayant l'apparence du tissu utérin et ses propriétés physiologiques. Cornil, Mosinger et Fructus ont fait des constatations analogues.

L'ensemble de ces recherches a conduit à une conception de la grossesse ectopique et de ses causes qui corrobore les données de la clinique et de l'anatomie pathologique.

Les états endométrioïdes de la muqueuse tubaire expliquent aussi bien la grossesse ectopique que sa récidive ou sa bilatéralité.

Cet ensemble de faits connus sous le nom d'endométrioses explique tous les points jusqu'ici demeurés obscurs dans l'étiologie et la pathogénie de la grossesse ectopique.

Cette muqueuse utérine aberrante va être un point d'appel pour la fixation ovulaire, puisqu'il réalisera

l'ébauche d'un tissu absolument semblable à celui que la nature a spécialement créé pour la gestation.

D'ailleurs, ces notions ne font que changer les données du problème et en modifier l'aspect. En effet, on peut se demander quelle est la raison, ou tout au moins la cause de ces présences insolites, pouvant aboutir à des états pathologiques aussi graves que les grossesses ectopiques.

La genèse des états endométrioïdes tubaires a été envisagée de diverses façons. On a invoqué des causes congénitales (Lahm). La muqueuse tubaire et la muqueuse utérine ont, en effet, la même origine müllérienne. L'arrêt de la différenciation embryogénique aboutirait aux états endométrioïdes.

Par contre, Robert Mayer associe aux prédispositions congénitales l'adjuvant d'un processus infectieux qui déterminerait le développement de tissus, à partir de cellules dont l'évolution était jusque-là latente.

Robert Mayer invoque non pas une insuffisance de développement, mais une anomalie de différenciation.

La puissance de prolifération endométriale intra-tubaire serait sous la dépendance d'une excitation d'origine hormonale ou inflammatoire.

Un argument en faveur de cette origine inflammatoire, c'est que ces états endométrioïdes ne se rencontrent que chez l'adulte. L'argument est valable pour l'origine hormonale, la puberté permettant la mise en activité sécrétoire des glandes endocrines.

Falk, sur 50 cas de grossesse extra-utérine, rencontra 46 cas de salpingite folliculaire. L'inflammation agirait par hyperplasie et métaplasie.

Garfunkel évalue à 55 % les atteintes inflamma-

toires dans l'étiologie des grossesses tubaires. Kiss l'évalue à 41,9 %.

Schaufa, Duhrsen, Roncaglier, incriminent la blennorragie dans 60 % des cas.

Simpson pense qu'il s'agit, dans les états endométrioïdes, de véritables greffes à distance, résultant de la libération par desquamation cataméniale. Neumann invoque le curettage; Kok, les injections d'huile iodée.

Seitz, Baer, Mayer, apportent des observations prouvant l'action de la folliculine complétée par celle de la lutéine.

D'ailleurs, l'analogie explique également l'apparition d'hématosalpinx souvent confondus avec une grossesse ectopique (R. Argaud).

Parfenhoff (Leningrad) examinant 203 trompes présentant des processus inflammatoires, en trouve 38 qui ont une muqueuse endométrioïde.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop insister sur l'importance des états endométrioïdes de la muqueuse tubaire dans la pathogénie des grossesses tubaires récidivantes.

CHAPITRE IV

Problème thérapeutique

Le problème thérapeutique est dominé par l'établissement préalable d'un diagnostic correct. En effet, lorsque nous nous trouvons en présence d'une grossesse ectopique récidivante, les données de la clinique sont troublées par les données de l'anamnèse. Nous pouvons hésiter à porter un diagnostic de récidive. Et cependant ce problème d'ordre clinique décide de l'intervention salvatrice. Les aspects cliniques de la grossesse ectopique récidivante ont-ils des caractères distinctifs ? Pouvons-nous, en présence d'un retard de règles s'accompagnant d'hémorragies distillantes d'un col ramolli et d'une tumeur para-utérine chez une malade ayant déjà présenté une grossesse ectopique dans ses antécédents, prononcer le mot de récidive, proposer une intervention, en un mot ne pas attendre le cataclysme hémorragique de la rupture ?

Oui, certes, nous le pouvons. Et même, nous le devons, car cette notion de la fréquence des récidives de grossesse ectopique ne doit pas quitter notre esprit. Y penser sera pour la malade une sauvegarde qu'elle n'aurait pu attendre de nous avant la publication des observations, actuellement fort nombreuses, de récidives de grossesse

ectopique. Nous devrons considérer ces malades, non pas comme ayant des raisons *de moins* de présenter une grossesse ectopique, mais, au contraire, comme ayant des raisons *de plus*. A cette donnée, nous devrons l'établissement d'un diagnostic exact, que la connaissance d'une grossesse ectopique antérieure aura rendu, non pas *plus obscur*, mais, au contraire, *plus précis*.

Etant donné ce que nous savons de la fréquence des récidives de la grossesse ectopique et de ses causes favorisantes, la thérapeutique chirurgicale devra s'inspirer de ces données pour à la fois sauvegarder l'avenir des fonctions utro-annexielles et prévenir toute possibilité de récidive.

Nos actes opératoires seront donc à la fois conservateurs et définitifs. Ils seront conservateurs en ce sens que les ovaires, ni l'utérus, ne devront être intéressés. Ils seront définitifs en ce sens que la résection tubaire devra porter sur toute la trompe gravide, la section se faisant au ras de l'utérus, la péritonisation étant aussi parfaite que possible pour enfouir le moignon tubaire et ainsi éviter les récidives dans le moignon.

D'aucuns ont proposé le sacrifice de la trompe opposée lors d'une première grossesse ectopique.

Nous ne pensons pas qu'une telle technique soit à préconiser d'emblée. Notre détermination sera éclectique et fondée sur les circonstances. Nous conserverons la trompe opposée, si la malade, atteinte de grossesse ectopique, en est à sa première gestation.

Nous sacrifierons la trompe opposée si la malade a déjà présenté une ou plusieurs grossesses normales lui assurant une descendance.

CHAPITRE V

Observations

Nous citerons les observations les plus typiques et celles qui nous sont personnelles et qui nous ont été communiquées par M. le Professeur agrégé LEFEBVRE.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur agrégé LEFEBVRE.)

Mme P..., 35 ans.

Ses dernières règles parurent le 25 novembre 1924.

En fin décembre, elle eut une crise douloureuse sévère dans le bas-ventre avec syncope. Depuis lors, elle eut des pertes rouges fréquentes et d'autres crises douloureuses moins violentes cependant que la première. Ces faits l'amenèrent à consulter notre maître, M. le Professeur agrégé LEFEBVRE qui, en présence d'une masse rétro-utérine, accompagnée de signes évidents de grossesse (colostrum, seins douloureux, etc.), fit le diagnostic de grossesse extra-utérine.

La malade fut opérée le 18 février 1925. Il s'agissait d'un avortement tubaire en plusieurs temps. Ablation des annexes droits.

Cette malade revint en avril 1930 parce qu'elle avait des pertes rouges depuis un mois. On pensa d'abord à une rétention placentaire. Mais les pertes persistantes, des douleurs dans le bas-ventre et la présence d'une masse abdominale rétro-utérine firent changer ce diagnostic en celui de grossesse tubaire, gauche cette fois-ci.

Opération. — On trouva la trompe gauche pleine de sang. Le Douglas contenait de nombreux caillots. Ablation des annexes gauches.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Lefebvre.)

Mme X..., 32 ans.

Elle fut opérée d'urgence, le 8 avril 1926, pour grande hémorragie intra-péritonéale. On trouva le ventre plein de sang et de caillots et un petit fœtus libre dans le péritoine. La trompe droite, siège de l'hémorragie, était largement déchirée au niveau de la partie isthmique. Ablation des annexes droits.

En juillet 1931, cette dame revint. Ses dernières règles dataient du mois de mai. En juin, elle eut des douleurs vives dans le bas-ventre, surtout à gauche, avec nausées et vomissements. Depuis, elle perdait un peu en rouge.

Un diagnostic de récidive de grossesse tubaire fut porté et la malade fut opérée le 16 juillet 1931. On trouva la trompe gauche déchirée et des caillots dans le Douglas.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Lefebvre.)

Mme C..., 29 ans.

Pas de règles depuis trois mois.

Le premier accident, une crise douloureuse assez forte, eut lieu un mois avant l'intervention. Elle eut ensuite trois autres crises et la dernière fut très violente, avec syncope, pâleur, pouls: 120.

Intervention le 1er avril 1929. On trouva un fœtus de 7 centimètres, libre, dans la cavité péritonéale. La trompe droite était très dilatée et déchirée au niveau de son pavillon.

Ablation des annexes droits.

Cette malade guérit, mais en avril 1933, elle fut opérée d'urgence, par suite d'accident douloureux subit et brutal avec syncope. On trouva cette fois-ci une déchirure de la trompe

gauche. En même temps, il existait un petit kyste de l'ovaire gauche et un petit fibrome dans le fond utérin.

Ablation. L'état syncopal grave de la malade nécessita une transfusion. Guérison.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Lefebvre.)

Mme B..., 38 ans.

Règles absentes depuis trois mois. Depuis quinze jours, pertes noirâtres, douleurs et syncopes.

Opérée le 7 mai 1931. On trouve un œuf entier dans le Douglas, avec un embryon de 6 centimètres dans la poche. La trompe gauche, très dilatée, présentait une déchirure au niveau de son pavillon.

Cette malade fit une récidive en février 1935. Après une absence de règles de deux mois, elle eut brusquement une syncope. Pâleur, algidité, pouls: 140.

On remonta la malade avec du sérum, des toni-cardiaques. Le pouls remonta aux environs de 100.

Opération. — On trouva la trompe droite déchirée en sa partie moyenne et un œuf de 2 mois, libre, dans la cavité péritonéale.

L'état de choc persista et, malgré quatre transfusions en deux jours, la malade mourut.

OBSERVATION V

Pierson (R.): Contribution à l'étude des grossesses tubaires. (*Thèse de Paris*, 1913.)

L... L..., 28 ans. Réglée à 14 ans. A eu quatre enfants à terme et une fausse couche.

19 avril 1905. — *Compte rendu opératoire* (M. Dartigue) :

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine, on trouve un épanchement sanguin dans la cavité abdominale. Dans le petit bassin, caillots noirâtres très abondants.

La trompe droite est rompue et du volume d'une orange.

Ligature du ligament large droit et ablation des débris de la poche fœtale. L'utérus est conservé ainsi que les annexes gauches saines.

Cette malade fait une récidive en 1907. Depuis l'opération précédente, la malade est arrivée jusqu'à il y un mois sans souffrir, étant bien réglée et sans pertes.

3 février 1907. — La malade devait avoir ses règles quand elle fut prise brusquement de douleurs intenses du côté gauche. Ces douleurs ont duré deux jours, la malade est restée au lit pendant cinq jours. Les règles n'étaient pas encore venues.

Du 3 au 15 février. — Rien d'anormal. Puis, pendant cinq jours, la malade perd du sang assez abondamment, sans caillots.

28 février. — Nouvelle crise semblable à la première.

6 mars. — Température : 37° 6.

Au toucher, col très bas, utérus augmenté de volume, légèrement rétrofléchi, masse à gauche.

13 mars 1907. — *Compte rendu opératoire* (M. Dartigue) :

Laparotomie. — Les anses intestinales et l'épiploon ont une couleur marron et sont recouverts d'une légère couche de liquide sanguin. Il y a hémorragie intra-péritonéale, mais avec peu de sang dans la grande cavité. L'utérus est saisi par le fond et attiré dans la mesure du possible. L'index peut alors pénétrer dans le Douglas et décoller une partie de la trompe gravide et rompue de la face postérieure de l'utérus.

Hystérectomie par le procédé américain. Péritonisation et drainage.

Examen de la pièce. — Masse annexielle gauche du volume d'une petite mandarine. Deux tiers internes de la trompe augmentés de volume. Le tiers externe, aux dépens duquel s'est formée la grossesse ectopique, présente une large déchirure à sa partie supérieure. La poche est également rompue à sa face postérieure et à sa face inférieure, où est la partie placentaire de l'œuf.

On trouve de belles villosités choriales.

OBSERVATION VI

PERRIN (P.) : Double rupture de grossesse tubaire, à quatorze mois d'intervalle.
(*Progrès Médical*, Paris, 1926, p. 1384.)

Mme M... A..., 36 ans.

Réglée à 12 ans 1/2. Règles douloureuses, surtout à gauche. Mariée à 17 ans 1/2. Trois accouchements normaux.

En 1925, elle attendait ses règles pour le 11 avril.

Le 12, vers 10 heures du matin, elle ressent une douleur vive au niveau de l'épigastre, douleur qui s'accentue et descend dans la fosse iliaque gauche. Etat syncopal, vomissements, perte de connaissance. Le médecin, appelé d'urgence, prescrit piqûre de morphine et lavement laudanisé. Les douleurs se calment.

13 avril. — Nouvelles douleurs violentes avec syncope. Le médecin dirige la malade sur l'hôpital où elle est opérée à 5 heures du soir.

Laparotomie médiane. Inondation péritonéale. Il y a rupture de grossesse tubaire gauche (grosseur d'une petite noix). Ablation de la trompe et de l'ovaire.

Guérison. Les règles reviennent normales et non douloureuses.

En 1926 : règles normales le 13 avril; pas de règles en mai.

Le 11 juin, pertes sanguines non douloureuses persistant une dizaine de jours.

Le 20, dans la soirée, la malade est prise d'une violente douleur au bas-ventre, avec vomissements, syncope. Elle arrive à l'hôpital le 21, vers 10 heures. A l'examen, on constate une pâleur extrême. Pouls imperceptible. Douleurs généralisées de l'abdomen, mais plus marquées à gauche. Ventre ballonné. Le côté gauche paraît être le plus mat.

Au toucher, on trouve le col collé à la paroi antérieure et un peu ramolli. Le cul-de-sac antérieur bombe. L'utérus ne peut être délimité à cause de la douleur. Laparotomie vers 11 heures. Inondation péritonéale, caillots mous en grande quantité, sang noir. Il y a rupture tubaire droite (portion isthmique). L'ouverture est de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et ne saigne plus. Les tissus sont friables. L'ovaire présente un petit kyste. Extirpation. Evacuation des caillots et du sang. Drainage.

Guérison le 4 juillet.

OBSERVATION VII

MARCHAND (J.) : Sur un cas de grossesse tubaire bilatérale et simultanée. (*Thèse de Paris*, 1933.)

Mme A..., 29 ans.

Entre dans le service du Professeur J.-L. FAURE, le 22 mars 1933, pour douleurs abdominales diffuses et pertes blanches légères.

Elle est mise en observation et reste dans le service jusqu'au 31 mars où, à 2 heures de l'après-midi, elle est prise brusquement d'une douleur abdominale diffuse accompagnée de vomissements, malaise général, pâleur rapidement croissante.

Pouls petit (130). Ventre douloureux, sans défense de la paroi. Douleur au toucher dans le Douglas.

Intervention immédiate.

Laparotomie. Péritoine bleu qui, ouvert, donne issue à une quantité importante de sang liquide mêlé de caillots.

On trouve :

1° A droite, une grossesse ampullaire rompue, saignant en jet, avec adhérences de la portion ampullaire, et de l'ovaire, fixant le tout au péritoine pelvien, très difficile à libérer;

2° A gauche, une trompe énorme adhérente remplie de caillots donnant l'impression très nette d'une grossesse ampullaire en voie de fissuration. La libération pénible amène sa rupture et donne issue à un peu de liquide grisâtre, muqueux et à du sang noir.

Salpingectomie bilatérale avec ovariectomie presque complète en ne gardant qu'un petit fragment de l'ovaire gauche. Conservation de l'utérus.

Evolution et convalescence normales.

L'examen de la pièce révèle la présence de villosités choriales dans l'une et l'autre trompe.

OBSERVATION VIII

HAROLD (H.), JOHNSON et DIAZO (Joseph) : Grossesse tubaire bilatérale avec rupture des deux trompes. (*American Journal Obst. Gyn.*, n° 1, janvier 1929, p. 110.)

Mme C... C..., 37 ans.

Mariée depuis dix ans. Une fausse couche, il y a neuf ans. Une extraction avec forceps il y a deux ans et demi.

La malade entra à l'hôpital se plaignant de crises douloureuses dans le bas-ventre et surtout à gauche depuis six semaines. Trois jours avant son admission, elle eut une crise très vive avec tendance à la syncope et eut, par la suite, d'autres crises sévères. Une hémorragie vaginale peu abondante s'était manifestée depuis le début de la maladie.

La malade était pâle et paraissait dans un état de collapsus. Les conjonctives et muqueuses étaient très anémiées. Les battements cardiaques étaient accélérés. Le ventre était un peu ballonné à sa partie inférieure, avec sensibilité augmentée à droite et à gauche et pseudo-défense de la paroi.

Au toucher, utérus mou, sensible. Le pelvis est rempli par une masse molle et kystique. Douleur dans les deux culs-de-sac.

Ecoulement noirâtre et visqueux par le col.

Température : 98,2 F.; pouls : 96.

Un diagnostic clinique de rupture de grossesse tubaire fut posé et la malade opérée de suite.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie.

La trompe gauche était accolée au fond utérin par des adhérences récentes. La moitié distale de la trompe était distendue avec une déchirure de 3 centimètres de long, fermée par un caillot et recouvert par l'épiploon.

La trompe droite était dilatée et adhérait, ainsi que l'ovaire, à l'utérus, la vessie et l'intestin grêle.

On pratiqua l'ablation des deux trompes.

Examen de la pièce :

Trompe gauche dilatée en sa partie distale avec une déchirure nette, bouchée par un caillot.

Trompe droite dilatée sur toute sa longueur. Le tiers moyen présentait une ouverture de 75 millimètres avec un caillot faisant saillie à travers.

Des coupes montrèrent des villosités et de l'hémorragie.

OBSERVATION IX

ANDERODIAS, DE BOUCAUD et ROCHE : Récidive de grossesse tubaire. Hémorragie cataclysmique.
(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913, p. 610.)

Malade de 32 ans, emportée rapidement par une hémorragie cataclysmique, consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine.

Antécédents. — Ovarites et salpingites bilatérales, consécutives à deux accouchements.

En août 1910, ayant eu un retard de règles d'un mois et demi environ, elle fut prise d'une violente douleur, avec tendance syncopale, en même temps qu'elle avait un léger suintement sanguin. Ces douleurs continuèrent pendant plusieurs jours. En même temps, on sentait se former dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur du volume de deux poings environ.

Température : 37° 5.

Glace sur le ventre. Repos au lit. Les douleurs prirent fin et la tumeur cessa d'augmenter. Mais elle mit fort longtemps à disparaître et la malade resta trois mois au lit.

22 avril 1913. — La même personne, ayant un retard de règles de quelques semaines, tomba brusquement au moment où elle se peignait. Pâleur, état semi-comateux. Douleurs pénibles. Diagnostic de récidive de grossesse tubaire avec rupture et inondation péritonéale.

Laparotomie. Toute la cavité péritonéale, depuis le diaphragme jusqu'au petit bassin, est remplie de sang partiellement coagulé. L'ensemble, caillots et sang liquide peut être évalué à 2 litres environ.

L'annexe gauche, d'où l'hémorragie est partie, est enlevé le premier. L'utérus, augmenté de volume, est laissé en place. Ablation de la trompe droite.

Trois heures après l'intervention, sans prodromes, la malade avait une syncope et mourait.

Examen des pièces :

Trompe droite flexueuse. Pavillon disparu et obturé; seul persiste encore un petit pavillon, surnuméraire. La portion ampullaire de la trompe est kystique avec un couteau hématique. A sa surface, on voit une tache cicatricielle de la grandeur d'une lentille, trace probable des premiers accidents de rupture.

Trompe gauche normale au niveau de sa portion ampullaire, pavillon net et perméable. Portion isthmique dilatée, du volume d'une grosse noisette. Au niveau du bord libre, les parois, progressivement amincies, circonscrivent un orifice de 7 à 8 millimètres de diamètre par où fait issue un bouquet de villosités choriales très fines.

OBSERVATION X

SLIVINSKI : Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de cinq mois. (*Revue d'Obst. Gynéc. et Pédiatrie*, Paris, 1925, p. 461.)

Mme C... H..., 20 ans.

Mariée depuis deux ans.

Dernières règles le 27 septembre 1924. Deux semaines plus tard, la malade eut des douleurs dans le côté droit du bas-ventre, qui se répétèrent plusieurs fois.

21 novembre. — Douleurs très fortes, perte de connaissance. Entrée à l'hôpital, pouls très faible, état grave.

30 novembre. — Symptômes d'hémorragie interne.

Laparotomie. Ablation de la trompe droite rompue et de l'ovaire droit.

Suites normales et guérison.

18 mai 1925. — La même malade revenait à l'hôpital à cause de douleurs dans le bas-ventre, cette fois-ci à gauche. Dernières règles du 20 au 27 avril. Léger suintement de sang.

Augmentation des douleurs.

Laparotomie. Ablation de la trompe gauche rompue. Ventre plein de sang.

Guérison.

OBSERVATION XI

VANVERTS (J.) : Récidive de grossesse tubaire. (*Bulletin de la Société d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1924, p. 519.)

Femme de 29 ans, réglée tous les trente-cinq jours. Accouchement en 1911. Avortement probable en 1916. Dernières règles fin août 1921.

15 octobre. — Léger écoulement de sang pendant quelques heures.

3 novembre. — Douleur subite dans le bas-ventre. Petite masse douloureuse à droite de l'utérus. Douleur exquise au toucher.

Opération le 5 novembre 1921.

Sang libre en quantité moyenne. Douglas rempli de caillots noirs. Ablation de la trompe et l'ovaire droits.

Examen de la pièce. — La trompe présente, près de son extrémité abdominale, une rupture à bords assez nets, de 3 à

4 millimètres de diamètre, renferme du sang et du tissu placentaire, est fermée au niveau de son pavillon.

Guérison.

Réapparition des règles. Celles-ci sont absentes en février 1924.

Le 1er mars, vive douleur du côté gauche du bas-ventre. Masse douloureuse à gauche, utérus en rétroflexion. Vomissements, expulsion de débris membraneux.

Laparotomie. Pas de sang libre dans le ventre. Le Douglas contient un peu de sang et la trompe est augmentée de volume. Ablation.

La trompe a le volume d'une grosse noix au niveau de sa partie moyenne et présente en un point une éraillure très nette. Au niveau de son orifice abdominal existe un caillot aplati et allongé en forme de lamelle.

Guérison.

OBSERVATION XII

Paucot (H.) : A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante. Quelle conduite convient-il d'adopter à l'égard de la trompe lors d'une intervention pour grossesse extra-utérine. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1922, XI, pp. 521-524.)

Mme G... W..., 30 ans.

Un avortement à la suite de chute.

Dernières règles normales, du 6 au 10 avril.

20 avril. — A son linge, une petite tache rose.

13 mai. — Elle ressent des douleurs dans le ventre, du côté droit, et à compter de cette date perd du sang rouge irrégulièrement et en petite quantité.

28 mai. — Les douleurs s'accentuent. Pouls : 120. Température : 38° 4.

Au toucher, un cul-de-sac postérieur œdémateux, et il existe une tuméfaction mal délimitable dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie le 1er juin.

Péritoine plein de sang, gros caillots dans le Douglas et la fosse iliaque droite. La trompe droite, énorme et dilatée, est largement rompue.

Résection des annexes droits. Guérison. La trompe gauche

était rouge et congestionnée, mais son pavillon était libre et l'ovaire du même côté, sain.

Cette malade est réglée pendant quatre jours, le 25 juin. Les règles normales apparaissent au début d'août.

Les 7 et 10 novembre, elle perd un peu de sang rose. Le 15 novembre, elle accuse une gêne douloureuse dans le rectum et de la constipation.

Au toucher, on sent une tuméfaction à gauche.

Laparotomie le 25 novembre. Grande quantité de sang dans le péritoine. Trompe gauche rompue. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XIII

Le Lorier, Lapeyre, Mayer (Maurice): Grossesse tubaire récidivée, diagnostic histologique et biologique. Greffes ovariennes. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1932, p. 166.)

Mme M..., 32 ans.

Opérée en 1930 à la suite d'inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique gauche.

En novembre 1931, elle se présente à la Maternité de Port-Royal pour une métrorragie survenue à la suite d'un arrêt de règles de deux mois. Douleurs dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, on perçoit, dans le cul-de-sac latéral droit, deux masses; en arrière, une masse arrondie, régulière, dure, du volume d'une noix environ, donnant l'impression d'un ovaire légèrement augmenté de volume. Plus près de l'utérus existe une masse plus petite, mais plus douloureuse, qui paraît correspondre à la partie interne de la trompe utérine.

Diagnostic de grossesse extra-utérine ou ovarite sclérokystique.

Mais le premier diagnostic est confirmé par l'examen d'un débris apporté par la malade et recueilli au cours de la métrorragie de la veille. Ce débris est constitué par une caduque.

Quatre jours après l'expulsion de cette caduque, l'épreuve biologique de la grossesse est pratiquée suivant la méthode de MM. Brouha, Hinglais et Simonnet. La réaction est positive.

Opération le 25 novembre 1931.

Grossesse isthmique droite. La tuméfaction présente une fissuration de coloration placentaire, mais il n'y a pas de sang épanché dans le péritoine.

Ablation. Greffes ovariennes dans les grandes lèvres, selon la technique de Douay.

OBSERVATION XIV

LANGLEY (G.-F.) : Grossesse tubaire bilatérale simultanée.
(*The Lancet*, 1934, p. 571.)

Femme de 33 ans.

Admise à l'hôpital pour rupture probable de grossesse ectopique. Elle a deux enfants de 7 et 9 ans. Elle fit une fausse couche il y a onze ans.

Depuis quatre semaines, elle se plaint de douleurs vagues dans le bas-ventre, accompagnées de nausées et, depuis trois semaines, elle perd un peu.

Dix heures avant son admission, elle avait senti des douleurs violentes dans les deux fosses iliaques avec vomissements et tendance à la syncope. Depuis quatre heures, elle sentait une grande douleur au niveau des épaules, ce qui l'empêchait de respirer avec aise.

Température 99,4 F.; pouls : 120.

Respiration : 32.

Pâleur, algidité.

Ventre très ballonné, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de défense de la paroi. Douleur exquise au niveau des deux zones iliaques et le long du flanc droit.

Au toucher, masse pâteuse, douloureuse, remplissant la partie droite du Douglas.

Opération. — On trouve environ un litre de sang dans le ventre, provenant de la trompe gauche. Un fœtus de 5 centimètres de long était enveloppé dans les membranes intactes rattachées par un pédicule amniotique à un petit placenta, faisant saillie à travers une déchirure de la trompe gauche.

L'hémorragie provenait de l'artère ovarienne qui était déchirée.

La trompe gauche fut enlevée, le moignon enfoui.

L'examen de la trompe droite révéla un fœtus de la même taille que celui de gauche, enfermé dans un sac amniotique et rattaché par un cordon à une masse placentaire issue au niveau de l'ampoule de la trompe droite.

Il n'y avait pas d'hémorragie provenant de cette trompe, mais celle-ci était très dilatée. On en fit l'ablation.

Guérison et sortie le onzième jour.

Examen de la pièce :

Les grossesses des deux trompes étaient au même stade de développement. Chaque fœtus mesurait 5 centimètres de long. Cette taille correspond à dix semaines de gestation. En général, le placenta n'est complètement constitué que vers la fin du troisième mois. Dans notre cas, le placenta existait, un peu mince et déchiqueté, il est vrai.

Les deux ovaires présentaient des corps jaunes. Ce fait indique qu'il devait y avoir eu ovulation et fécondation simultanées des deux côtés.

OBSERVATION XV

GEORGE (W.), JOHNSON (M.A. M.B.) : Un cas de grossesse ectopique double.
(*The Lancet*, 1915, II, p. 869.)

Deux faits intéressants caractérisent le cas que nous soumettons :

1° C'était un cas de grossesse ectopique double;

2° Il n'y eut pas d'hémorragie, par le vagin, jusqu'après la fin de l'opération, bien que la rupture totale dans la cavité péritonéale s'était produite.

Malade de 41 ans, mariée depuis quatorze ans, n'ayant jamais été enceinte. Elle vint nous consulter au sujet de douleurs abdominales qu'elle ressentait depuis quatre jours. Douleurs sous forme de coliques, surtout dans les fosses iliaques.

Pouls : 76. Température : 98,2 F. Pas de vomissements. Contracture légère au-dessus du pubis.

La menstruation, jusqu'alors toujours régulière, avait cessé, il y a dix semaines.

Il n'y avait pas de signes de grossesse, pas de modifications au niveau des seins, pas d'hémorragie vaginale.

Deux jours plus tard, on pouvait sentir par la pression profonde de la fosse iliaque gauche une masse indéfinissable. Au toucher, on percevait une tuméfaction à gauche et en arrière de l'utérus. Le Douglas semblait empâté. Pouls et température res-

taient normaux. Toujours pas d'hémorragie, mais les douleurs persistaient et augmentaient d'intensité.

La grossesse tubaire fut diagnostiquée et on pratiqua la laparotomie.

La trompe gauche était rompue et saignait. La trompe droite était congestionnée et bouchée par un dépôt de lymphe. Deux fœtus de dix semaines environ furent trouvés dans la cavité péritonéale avec un seul et gros placenta et une quantité de caillots.

Convalescence sans incidents.

OBSERVATION XVI

MORTIMER (A.-E.) : Un cas de grossesse ectopique interstitielle bilatérale et rompue
(*The Lancet*, 1922, I, p. 11.)

Malade mariée depuis sept ans. Un enfant de 6 ans. Pas de fausses couches ou de grossesses depuis la naissance de cet enfant. Entrée à l'hôpital le 19 avril 1920. Menstruation absente depuis le 13 février. Le 14 avril, la malade avait senti des douleurs violentes du côté gauche de l'abdomen. Celles-ci se calmèrent, mais trois jours plus tard, il y eut une nouvelle crise généralisée à tout l'abdomen et si violente que la femme s'évanouit. Ce fut alors qu'elle entra à l'hôpital. Elle eut des vomissements fréquents ce jour-là.

A l'examen, on trouva la moitié inférieure du ventre ballonnée, de la contracture généralisée, mais peu accentuée. Douleur à la palpation, surtout au niveau de l'épigastre. Matité dans les deux flancs.

Malade très pâle. Pouls : 144. Température : 99 F.

Pas de renseignements par le toucher.

Diagnostic de rupture de grossesse tubaire.

Intervention immédiate.

A l'incision du péritoine, un flot de sang noirâtre s'échappa. La trompe droite fut attirée et maintenue par une pince. La portion interstitielle des deux trompes contenait des poches de gestation rompue. Hématocèle important du côté gauche et le pelvis contenait de nombreux caillots.

Hystérectomie subtotale. Convalescence normale.

Examen de la pièce :

Sections de l'utérus. Dans la paroi, de chaque côté de l'angle supérieur, existe un caillot de sang de la grosseur d'une cerise qui représente une grossesse interstitielle.

Dans le caillot du côté gauche, on aperçoit un ou deux espaces non colorés qui, à l'examen microscopique, sont des villosités choriales. La poche du côté gauche est rompue et, à travers la déchirure, du sang coagulé fait issue. La muqueuse utérine est épaissie, la paroi musculaire est hypertrophiée.

OBSERVATION XVII

ROBIOLIS et HENRY : Un cas de grossesse extra-utérine double bilatérale. (*Marseille Médical*, 1925, II, p. 1478.)

Mme X..., 26 ans.

Mariée depuis trois ans. Toujours normalement réglée. A présenté, fin décembre 1924, des douleurs dans le bas-ventre, du côté droit. Elle fut alors traitée pour salpingite. Les douleurs cessèrent bientôt, mais la menstruation devint irrégulière. Règles moins abondantes et plus fréquentes.

Le 16 mars 1925, la malade, qui accuse depuis quelque temps des nausées, est reprise de douleurs assez vives, mais à gauche cette fois. Le médecin traitant consulté, pressentant autre chose qu'une salpingite, nous l'envoie et nous constatons alors au toucher :

Col de volume normal légèrement ramolli. Corps utérin augmenté de volume, un peu globuleux et en bonne position. Trompe droite fortement augmentée de volume, rénitante et douloureuse. Présence, à gauche, d'une masse assez volumineuse (comme un gros œuf), nettement séparée de l'utérus par un sillon.

La présence de troubles sympathiques (nausées, seins douloureux) jointe à ces signes objectifs, nous fait poser le diagnostic de grossesse extra-utérine probable du côté gauche.

La température est de 37° 5; le pouls, à 80.

Le 17 mars, cette malade rentre dans une clinique. Dans les jours qui suivent, la masse annexielle gauche paraît augmenter de volume.

Le 28 mars, on constate un léger empâtement du Douglas. Cet empâtement semble augmenter progressivement tandis que

l'état général de la malade se modifie peu à peu. Pâleur des téguments, nausées fréquentes, pouls à 90-96.

L'intervention s'impose. Elle a lieu le 2 avril.

L'utérus est augmenté de volume et congestionné. A gauche, il existe une grossesse tubaire rompue avec de nombreux caillots dans le Douglas. A droite, trompe volumineuse et rougeâtre.

En présence de la bilatéralité des lésions, on pratique une hystérectomie subtotale avec évidement du col utérin.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce :

A gauche, grossesse ampullaire rompue; les enveloppes de l'œuf et des caillots sont dans la trompe; on ne trouve pas trace de l'embryon.

A droite, la trompe est surtout dilatée dans sa partie ampullaire au niveau de la partie inféro-interne, de laquelle se trouve un petit orifice. La section de cette trompe la montre bourrée de caillots et l'aspect de ses parois rappelle celui d'une grossesse ampullaire ancienne.

Cette opinion est confirmée par l'examen histologique.

La malade a donc eu une première grossesse extra-utérine droite en décembre 1924, grossesse arrêtée dans son développement, ce qui correspond aux crises douloureuses observées en fin décembre. Elle a ensuite eu, en mars, une grossesse extra-utérine gauche, celle-ci avec rupture tubaire et hématome du cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION XVIII

CHABRUT : Un cas de grossesse extra-utérine interstitielle dans un moignon de trompe réséqué. Récidive, deux ans après, du même côté. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1929, p. 189.)

Malade de 24 ans.

Le 26 avril 1926, le Docteur GUELETTI lui avait enlevé les annexes droites pour salpingite suppurée.

Le 4 septembre 1926, elle revenait pour rupture de grossesse ectopique gauche et fut opérée d'urgence. La déchirure de la trompe gauche fut suturée par quatre points.

Récidive en novembre 1928.

Laparotomie. Ventre rempli de sang et caillots. Grossesse interstitielle (comme la première) rompue. Hystérectomie.

Conclusions

I. La grossesse ectopique récidive dans une proportion de 6,5 %.

II. La récidive se produit soit du côté présumé sain, soit sur le moignon de la première intervention.

III. Il existe des grossesses ectopiques bilatérales.

IV. L'anatomie pathologique, tant macroscopique que microscopique, ne diffère pas de celle de la grossesse ectopique initiale.

V. Les causes de la nidation ectopique ressortissent à divers facteurs : mécaniques, inflammatoires, humoraux, nerveux, circulatoires, tératologiques, trophiques.

VI. Au premier rang de ces diverses causes, il faut placer les états endométrioïdes de la trompe favorisant, par la présence d'enclaves tissulaires analogues à la muqueuse utérine, la nidation ovulaire.

VII. La connaissance d'une grossesse ectopique dans les antécédents doit rendre le diagnostic de récidive, non pas plus obscur, mais, au contraire, plus précis, en raison même de la fréquence de ces récidives et de leur déterminisme étiologique.

VIII. Des déductions thérapeutiques s'ensuivent, concernant le traitement de la grossesse ectopique. Elles imposent sinon le sacrifice systématique de la trompe saine, tout au moins la résection intégrale de la trompe gravide et la péritonisation soigneuse du moignon.

Vu :
Le Président de Thèse,
MERIEL

Vu :
Le Doyen,
E. BARDIER

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 24 Novembre 1936

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI

Bibliographie

Apajalahti (A.). — Etiologie inflammatoire de la grossesse tubaire. *(Act. Soc. Med. fenn duodecim,* 1931, pp. 1-186.)

Auvray et Delater. — Un cas de grossesse tubaire rompue, avec existence de grossesse utérine. *(Soc. d'Anatom.,* juin 1923.)

Auvray. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* juillet 1923.

Benzel. — Grossesse tubaire récidivante. *(Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 48, 25 mai 1923, pp. 687-688.)

Bisonio (Sergio). — Contribution à l'étude des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire. *(Thèse de Paris,* 1931.)

Bocea (Lucie-Léon). — Sur un cas de grossesse tubaire bilatérale. *(Le Progrès Médical,* n° 35, 31 août 1935.)

Bordjoschi (M.). — Grossesse tubaire bilatérale simultanée. *(Zentralblatt f. Gynäk,* 49, 17 janvier 1925, pp. 140-142.)

Bruel. — Récidive de grossesse extra-utérine. Etude de 190 observations. *(Thèse de Paris,* 1915.)

Cornil (L.), Mossinger (M.) et Fructus (X.). — Sur l'état endométrioïde (à propos de huit nouveaux cas). *(Annales Anat. Path.,* avril 1933, p. 389.)

Cotte (G.). — Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires. *(Lyon Chirurgical,* 1922, pp. 665-669.)

— Grossesse tubaire itérative. *(Lyon Chirurgical,* 1923, pp. 649-650.)

Couvelaire. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. *(Thèse de Paris,* 1901.)

Cull (C.-H.). — Case of bilateral ectopic gestation. Newcastle upon Tyne and North Counties. (*Medical Journal,* 1921-1922, p. 59.)

Delahousse. — Sur quelques cas de récidive de grossesse tubaire. *(Thèse de Lille,* 1929.)

Delmas et Roume. — Grossesse tubaire itérative. *(Réunion d'Ost. et Gyn. de Montpellier,* séance du 4 février 1925.)

Desmaret (E.). — Les grossesses tubaires. *(La Clinique,* n° 236, mai 1934 [B.)

Dragomiresco. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine récidivée dans la même trompe, après intervention chirurgicale. *(Thèse de Paris,* 1929.)

Falk (H.-C.). — La salpingite folliculaire, facteur important dans l'étiologie de la grossesse ectopique. *(American Journ. Obst. and Gyn.,* juin 1928, pp. 821-827.)

Finderle. — Sur la pathogénie de la gestation tubaire et sur un cas de grossesse ectopique gémellaire gauche. *(Clin. Obst.,* septembre 1933, pp. 528-542.)

Frommel. — 1886. Beitrag zür Histologie der Eileiter. *(Verh. Deutsch Gynäk.)*

Fulconis. — La grossesse ectopique familiale. *(Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.,* Paris, janvier 1936.)

Gianella (C.) —Die diagnostische Bemertung des Hypophysen Vorderlappen. Reaktion i bir abgestorbener extranterin graviditat. *(Sshiveiz. Med. Wchusch.,* juillet 1933, pp. 644-645.)

Grusden. — 1897. Zür histologie des Fallopischen Tuben. *(Zbl. Gynäk,* 1897.)

Gudden (Tilly). — Grossesse extra-utérine répétée. *(Zentrablatt f. Gynäk,* 15 octobre 1921, pp. 1479-1483.)

Gomez de Rosas. — Embarrazo extranterino doble simultaneo. *(Rev. Med. Cubana Habana,* 1918, pp. 61-63.)

Gorecki (Jean). — Contribution à l'étude anatomo-histologique et physio-humorale des grossesses tubaires. *(Thèse de Paris,* 1935.)

Guillemin (A.). — Grossesse extra-utérine bilatérale successive. *(Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris,* 1925, p. 107.)

Hamant (A.), Cornil (L.), Mossinger (M.). — L'endométriose tubaire. *(Annales Anatomie Pathologique,* 1929.)

— Les états endométrioïdes, l'endométriose et l'endométriose tubaire. *(Presse Médicale,* 1930, p. 1345.)

Harris (H.). — Grossesse ectopique double. *(Virginia Medical Monthly,* juin 1929, pp. 169-170.)

Hartmann et Bergeret. — Quelques remarques à propos de 186 cas consécutifs de grossesse utérine observés dans les premiers mois. *(Annales de Gyn. et Obst.,* 1918-1919, n° 6, p. 321.)

Haselhort (G.). — Aspects cliniques et genèse de l'endométriome. Etude d'un nodule adénomyomateux des trompes de Fallope avec grossesse tubaire. *(Ztsch. f. guburtsh u Gynäk,* 1932, p. 241.)

Heineck (A.-P.). — Grossesses extra-utérines doubles, bilatérales doubles, bilatérales et récidivantes; une analyse de 89 cas parus dans la littérature et 3 cas personnels inédits. *(Cleveland Medical Journal,* 1918, pp. 306-318.)

Henric. — Les grosses tubaires récidivantes bilatérales. *(Thèse de Bordeaux,* 1934.)

Hingston et Mudallar. — Repeated tubal prignancy. *(Indian Medical Gazette,* Calcutta, 1923, p. 568.)

Hormann. — 1889. Die Bindegewabsfasem in der Tube. *(Arch. Gynäk,* 89.)

Jacquet. — Considérations sur les grossesses extra-utérines récidivantes. *(Thèse de Toulouse,* 1936.)

Jarousse. — Considérations sur l'avortement tubaire. *(Thèse de Paris,* 1932.)

Jayle et Halperine. — Les canaux borgnes accessoires de la trompe. *(Revue Française de Gyn. et Obst.,* 1922, pp. 489-524.)

Johnson (G.-W.). — A case of twin ectopic pregnancy. *(The Lancet,* 1915, II, 869.)

Keller (R.). — Réflexions à faire lors de l'opération d'une grossesse tubaire. *(La Gynécologie,* 1933, p. 317.)

Klein (H.-O.). — Anomalies de la trompe de Fallope. Signification des passages surnuméraires en relation avec la nidation ovulaire. *(Arch. f. Gynäk,* 1931, pp. 688-696.)

Kristoff (Axel). — L'examen histologique dans la grossesse tubaire. *(Presse Médicale,* n° 11, 6 février 1935.)

Labhardt. — Augmentation de la grossesse tubaire. *(Schweiz. Med. Woch.,* n° 30, 23 juillet 1932, p. 689.)

Langley. — Gestation tubaire bilatérale simultanée. *(The Lancet,* n° 5768, 17 mars 1934.)

Lantuéjoul. — Utérus unicorne avec corne accessoire rudimentaire. Grossesse dans la corne rudimentaire, rupture spontanée. *(La Gynécologie,* juillet 1932, p. 396.)

Lapeyre, Le Lorier et Meyer. — Grossesse tubaire récidivée. Diagnostic histologique et biologique. Greffes ovariennes. *(La Gynécologie,* juillet 1932, p. 395.)

Lejars. — Les grossesses tubaires récidivantes. *(Ass. fr. de Chirurgie,* 1904, p. 727.)

Le Lorier (V.) et Durante (G.). — Diverticules et cloisonnements tubaires. *(La Gynécologie,* octobre 1933, pp. 529-541.)

Lemarchand. — Contribution à l'étude des grossesses tubaires successives. *(Thèse de Paris,* 1926.)

Lenormant et Hartmann-Keppel. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *(Rev. de Gyn. et Chir. abd.,* 1915, p. 173.)

Lévy et Isidor. — Malformations tubaires et grossesses ectopiques. *(Annales d'Anatomie Pathologique,* 11 mai 1934.)

Mac Nalley (F.-P.). — L'association de diverticules congénitaux de la trompe de Fallope avec la grossesse tubaire. *(American Journal Obst. and Gyn.,* 1926, pp. 303-318.)

Martines. — A propos de la grossesse extra-utérine récidivante. *(Ann. di Ostet.,* 48, décembre 1926, pp. 783-814.)

Momigliano. — Sur la grossesse tubaire récidivante. *(Arch. Ital. di Chir.,* Bologna, 1925, t. XI, pp. 792-832.)

Mouktar (Ahmed). — Contribution au diagnostic et au traitement de la grossesse tubaire. [Doit-on opérer toute grossesse tubaire diagnostiquée.] *(Thèse de Paris,* 1934.)

Muller. — A propos de deux cas de grossesse extra-utérine récidivée et d'un cas de grossesse extra-utérine double, tous rompus. (*La Clinique,* n° 243, avril 1935.)

Nisot. — De l'étiologie de la grossesse extra-utérine. *(Bruxelles Médical,* 1927, p. 89.)

Œttingen. — Etiologie et traitement de la grossesse extra-utérine. *(Zentralblatt für Gynäk.,* n° 11, 1922.)

Pasqualis. — Grossesses tubaires récidivantes. *(La Semana Medica,* n° 5, janvier 1929, pp. 285-287.)

Paucot. — A propos d'un cas de grossesse tubaire récidivante. *(Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.,* Paris, 1922, pp. 521-524.)

PENIN. — Double rupture de grossesse tubaire à quatorze mois d'intervalle. *(Le Progrès Médical,* 1926, XI, p. 1984.)

PHANEUF (L.-E.). — Grossesse tubaire récidivée. *(Boston Medical and Surgical Journal,* 190, 24 janvier 1924, pp. 128-131.)

PIERSON (R.). — Contribution à l'étude des grossesses tubaires. Mécanisme de la rupture. Résultats éloignés des interventions. *(Thèse de Paris,* 1912-1913.)

POORTEN (G.). — Sur l'étiologie des grossesses tubaires. *(Zeit. f. Gynäk,* 13 mai 1922.)

PORTES (H.). et ISIDOR (P.). — A propos des formations endométrioïdes génitales et extra-génitales chez la femme. *(Gyn. et Obst.,* avril 1933, p. 309.)

REEB (M.). — Avortements tubaires jeunes à évolution ralentie et leur diagnostic. *(Gyn. et Obst.,* 26, novembre 1932, pp. 385-398.)

RÉMY (S.). — Grossesses tubaires répétées chez la même femme. *(Revue Médicale de l'Est,* Nancy, 1910, t. XLIII, pp. 321-325.)

ROBIOLIS et HENRY. — Un cas de grossesse extra-utérine double bilatérale. *(Marseille Médical,* 1925, 11, p. 1478.)

SAAS. — Sur un cas de récidive de gravidité tubaire dans un moignon de trompe enlevé pour gestation ectopique; résection de la trompe et suites ultérieures. *(Zentr. f. Gyn.,* 54, 11 octobre 1930, pp. 2590-2591.)

SCAGLIONE. — Die Veränderungen der Tube während des Menstruationzukles. *(Rev. Ztal., Girier,* 7.)

SCHAFFER. — 1928. Uber Ban und funktion des Eileiterepithels biein Meuschen. *(Msch. Geburtsh,* 1928.)

SCHENCK and FRANKLE. — Endometrial Theory of extra-uterine pregnancy. *(Ann. Journ. Obst. and Gyn.,* 28, juillet 1934.)

Seliga (M.). — Question of coalescence of tubal folds formation of diverticula as causes of tubal pregnancy. *(Brat. lekar. listy,* 13 novembre 1933.)

Serdukoff. — La chirurgie restauratrice des trompes. Ses méthodes, ses résultats. *(La Gynécol,* 1932, p. 193.)

Serebroff. — Comment opérer la grossesse tubaire. *(Archiv. f. Gyn.,* fasc. 2, 18 février 1932.)

Slivinski. — Deux grossesses tubaires différentes dans l'espace de cinq mois. *(Revue Française de Gyn. et Obst.,* XX, p. 461.)

Smith (R.). — Grossesses extra-utérines répétées. Rapport de quatre cas et revue statistique de la littérature. *(Trans. Amer. Gyn. Soc. Philadelphia,* 1911, pp. 425-452.)

Stéfani. — A propos de la grossesse tubaire et de la localisation anté-utérine du produit d'avortement. *(Thèse de Montpellier,* 1923-1924.)

Stieve. .. *Arch. Nivkrosk. Anat.,* 1892.

Tanne. — Rupture de grossesse tubaire. *(The Lancet,* janvier 1932, p. 132.)

Toth (S.). — Grossesse extra-utérine provoquée par un adénomyome de Recklinghausen. *(Gyogyarzat.,* décembre 1932, p. 766.)

Ufaria Arcieri. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine récidivante. *(Ann. di ost. e gyn.,* 30 juin 1932, p. 809.)

Van Etten (R.-C.). — La salpingite est-elle un facteur de la grossesse tubaire. *(Ann. J. Obst. and Gyn.,* 1931, p. 645.)

Van Tougeren (F.-V.). — Tube accessoire dans une trompe de Fallope [dans un cas de grossesse tubaire.] *(Zentralblatt f. Gynäk,* 1925, pp. 582-586.)

VANVERTS. — Récidive de grossesse tubaire. *(Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1924, XIII, p. 453.)

VILLARD, REGAD et CONTAMIN. — Du rôle des états endométrioïdes dans la pathogénie de la grossesse tubaire. *(Gyn. et Obst.*, avril, 1936, p. 305.)

WEISS et PETROVITCH. — Rupture de grossesse extra-utérine récidivante du même côté, dans le moignon de trompe. *(Soc. de Médecine du Bas-Rhin*, séance du 30 juin 1928.)

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Introduction 9

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique 11

Etude macroscopique 12

1° Grossesse ectopique récidivante sur trompe présumée saine. 12

2° Grossesse ectopique récidivante sur cicatrice tubaire..... 13

CHAPITRE II

Histologie 15

Etude microscopique 15

CHAPITRE III

Etiologie 21

Fréquence des récidives 22

Facteurs étiologiques 23

1° Facteurs mécaniques 23

2° Facteurs inflammatoires 24

3° Facteurs humoraux 25

4° Facteurs nerveux 25

5° Facteurs circulatoires 26

6° Facteurs congénitaux 26

7° Facteurs trophiques ou histologiques..... 29

CHAPITRE IV

Problème thérapeutique..... 33

CHAPITRE V

Observations 35

Conclusions 51

Bibliographie 53

IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28
:: TOULOUSE ::